



Tavallisimmat olan kiertäjäkalvosimen jänne- ja limapussintulehdukset, frozen shoulder ja rotator cuff ruptuura sekä niiden yleiset hoitoperiaatteet

Markku Tunninen, fysiatrian erikoislääkäri

Olanseudun paikallisten kipuongelmien yleispiirteitä

Olanseudun paikalliset kipuongelmat ovat yksi työikäisten ihmisten tavallisimpia fysiatrin konsultaatioon tulosityitä. Olanseudun kivut syntyvät usein miten ikäänymisen myötä rasitus- tai kulumavammana pikkuhiljaa tai joskus vammaan liittyen. Esim. olan kiertäjäkalvosimen (= olan jänneet) degeneratiiviset syyt tai esim. AC-nivelen (= solisluu-lapaluu-nivelen) artroosikipu tai muut laajemmat hartiaseudun toiminnalliset häiriöt kuten hartiarenkaan / lavan asentomuutokset / lihasepätasapaino voivat olla altistavina tai olkakipua simuloivinkin tekijöinä olanseudun särkyjen tai rasituskivun taustalla.

Olkakipujen taustalla olevien toiminnallisten häiriöiden diagnostiikassa kliinistä tutkimusta tekevällä lääkäriellä on hyvä olla perusteelliset tiedot ei ainoastaan olanseudun perusanatomiasta, vaan myös laajemmin niskahartiansseudun / thoraxin / lavan ja yläraajan toiminnallisesta anatomiasta. Hermokudoksen yhden tai useamman tason pinne- tai toiminnalliset (ei vielä hermovaurioita mutta hermo-oireita) ns. neuraalikudoksen tensio-oireilut kuten esim. rintakehän yläaukeaman jäykkyysoireyhtymä eli ns. toiminnallinen TOS-syndrooma voivat usein simuloita eli matkia myös olanseudun kiertäjäkalvosimen rasituskipuja.

Olkakipuoireiden taustalla on usein paitsi iän myötä / fyysisen inaktiiviteetin myötä tullut kiertäjäkalvosimen / olan jänneiden haurastuminen myös usein toiminnallinen hartiarenkaan / lavan häiriö, jossa erityisesti päätetyöskentelyrasituksessa lavanseudun lihasepätasapaino ja lavan virheellinen asentomuutos eli eteenpäin kiertyminen syntyy usein pitkäkestoisesta oikean yläraajan staattisesta rasituksesta yläraaja koholla eteenpäin kannatella esim. hiirityöskentelyssä.

Olkakipupotilaan tutkiminen on aloitettava aina kaularangan ja hartiaseudun kliinisellä tutkimuksella, vaikkei potilaalla olisikaan subjektiivisia niskavaivoja. Hyvin usein olanseudun rasituskipujen taustalla löytyy toiminnallisia kaularangan, rintarangan ja rintakehän yläaukeaman sekä hartiarenkaan / lavan ongelmia, jotka voivat paitsi kulminoitu olanseudun kivuiksi myös matkia olanseudun kipuja.

Tavallisimmissa olanseudun akuutinpuoleisissa tai muutaman kuukauden kestäneissäkin rasituskivuissa ei olkapään röntgenkuvaus ole yleensä tarpeellinen. Kroonistuneissa tai hoitoresistenteissä sekä vaikeasti kivuliaissa tapauksissa röntgenkuvaus kuuluu kuitenkin perustutkimuksiin. Kokeneen lääkärin kliininen tutkimus on olkakipupotilaan diagnostiikassa kuitenkin tärkeimmässä asemassa.



Kiertäjäkalvosimen (= rotator cuff) tendinoosi (= jännetulehdus)

Rotator cuffin tendinoosit ja niistä olan supraspinatustendinoosi (sivunostolihasen jänne) ovat tavallisin olanseudun rasituskipujen syy. Myös m.infraspinatuksen (olan ulkokiertäjälilihas) jänne tulehtuu usein ja joskus m. subscapulariksen (sisäkiertäjälilihas) jänne myös. Jännetulehdusten taustalla voivat olla paitsi staattinen / toistotyörasitus ja sen myötä hartiarenkaan / lavanseudun toiminnallisen anatomian / asennon muutokset, myös pienet traumaissa joko suorana reilumpana väkivaltaana tai jänneiden haurastumisen pohjalta lievemmässä vammassa syntyneet pienet jännetulehdukset tai -repeämät. Rotator cuffin tendinoosissa aktiiviset olkaliikkeet, useinmiten erityisesti sivunosto eli abduktio, rajoittuvat kipukaarimaisesti (sivunoston keskikolmannes) sivunostossa kivusta. Jänteen tai sen päällisen ns. subacromiaalibursan tulehdusturvotus aiheuttaa tyypillisen relatiivisen kipukaaren tai pahimmillaan jonkinasteisen impingement (lavan acromion lisäkkeen alapuolisen jänneahtaustilan) oireen.

Kalkkinen tendiniitti tai bursiitti

Tämä kivulias jännetulehdus esiintyy keskimäärin 8% väestöstä ja sitä luonnehtii kalkkeumien synty jänneiden sisälle tai vieruskudoksiin. Kalkkeumien arvellaan syntyvän joskus pitkittyneiden jännetulehdusten seurauksena, mutta useinmiten kyseessä lienee ns. sisäsyntyinen kalkkeuma, jonka taustalla ainoastaan geneettinen säätelyhäiriö eli toisilla ihmisillä vain jokin solu alkaa tuottaa kalkkia ilman mitään ulkoista syytä. Aika usein kalkkeuman löytyminen voi olla pelkästään ns. sivulöydös eikä tarvitse liittyä mitenkään potilaan oireiluun. Joissakin tapauksissa kalkkeuma voi olla sisällä / sen vieruskudoksissa hajota / revetä, jolloin kiteistä kalkkimassaa voi päästä kiertäjäkalvosimen päällä oleva ns. subacromiaalibursaan. Tuolloin syntyy tyypillisesti akuutisti erittäin kivulias olka, jossa olanseutua ei voimakkaiden kipujen vuoksi pysty juurikaan liikuttelemaan. Subacromiaalinen sivu-takasuunnasta vapaaseen subacromiaalitalaan annettu kortikosteroidi-puudukeinjisointi auttaa hyvin tuolloin jopa parissa päivässä.

Biceps brachii caput longumin tendiniitti / tenosynoviitti (Haislihaksen pitkän jänteen jänne- tai jännetuppitulehdus)

Bicepsin caput longumin tendiniitti / tenosynoviitti syntyy samalla tavalla kuin rotator cuffin tendiniitti. Palpointiarkuus ja vastustettujen bicepstestien arkuus sijoittuu bicepsin pitkän pään jänteen humeruksen (olkavarsiluu) etuyläpuolen bicepsuran arkuuteen.. Kipua tulee anamnestisesti olan elevaatio-rotatiosta (nosto-kierto) ja kliinisessä tutkimuksessa paitsi em. alueen palpoinnissa myös vaikkapa samanaikaisessa vastustetussa supinaatio-elevaatio-testauksessa. Bicepsin pitkä jänne voi joskus revetä, jonka seurauksena on ns. "Kippari-Kalle-haislihas".

Subacromiaalinen = subdeltoideaalinen bursiitti (Lavan acromiaalilisäkkeen alapuolinen ja kiertäjäkalvosimen yläpuolinen limapussin tulehdus)

Lievän subacromiaalibursiitin erottaminen rotator cuffin tendiniitistä voi olla vaikeata anamnestisesti (oirehistoria) ja kliinisessä tutkimuksessa. Erillinen subacromiaalibursiitti onkin harvinaisempi. Useinmiten kyseessä on samanaikainen rotator cuffin tendiniitti, jossa tendiniittiturvotus / ärsytys on voinut osin myös provosoida bursiittia subacromiaalitalan ahtautuessa em. jännetulehdusturvotuksesta. Kalkkinen akuutti subacromiaalibursiitti erottuu kuitenkin jo anamnestisesti reilusti pelkästä tendiniitistä. Subacromiaalibursiitti kalkkisena alkaa akuutisti ja on erittäin kivulias, olkaa ei kärsi juurikaan liikutella.



Rotator cuffin tendinoosien ja bursiitin hoitoperiaatteet

Rotator cuffin ja bicepsin caput longumin tendiniitit sekä subacromiaalinen bursiitti reagoivat usein samantyyppisiin hoitoihin. Lievissä tai alkavissa tendiniitti tai bursiittivaivoissa voivat auttaa alla olevat hoitotoimenpiteet, vaikka usein joudutaankin turvautumaan kortikosteroidi-puuduke injisointihoitoihin.

- Nonsteroidaaliset tulehduskipulääkkeet (NSAID = nonsteroidal anti-inflammatory drugs) voivat auttaa lievissä pitkittyneissä tai alkavissa tendiniitti / bursiittivaivoissa.
- Voimakkaimmista kipulääkkeistä voi olla apua kivunhallinnassa erityisesti yöuntakin turvaamaan.
- Paikalliset kylmäpakkaukset aina käyttökelpoisia kivun hoidossa.
- Kiputuntumusten mukaan tehdyt nousujohteiset liikehoidot alkuun ilman vastustusta.
- Kortikosteroidi puudukeinjektiot ovat tehokkain hoitokeino olan rotator cuffin tendiniittien tai bursiittien hoitona erityisesti akuutissa vaiheessa (sairaus alle 3 kuukautta) mutta useinmiten myös kroonistuneissa kivuissa. Hoitotulos on pidemmän aikaa hyvä tai pysyvä, jos injisointihoitoon yhdistetään vielä tarvittaessa sopiva paitsi hartiaarenkään / lavan lihastasapainoa ja asentoa parantava ja rotator cuffin jänteitä vahvistava harjoitusterapia. Kortikosteroidi-puudukeinjisoinnin hoitotulokseen vaikuttaa myös se, että onko lääkäri tehnyt oikean diagnoosin kliinisessä tutkimuksessaan tai injisoinut aineet oikeaan paikkaan. Injisointeja ei pidä antaa koskaan tiukan jänteen sisään (tuolloin injisoitaessa tuntuisi kova vastus), joka haurastuttaisi jännettä, vaan jänteen päälle tai viereen vapaaseen tilaan jossa ei tunnu injisointivastusta. Injisointia ei saisi antaa myöskään liian pinnallisesti, josta seuraa paitsi huono hoitotulos myös ihonalaisen rasvakerroksen atrofitumista. Yksittäisen lievän / kohtuullisen tendiniitin kortikosteroidi-puudukeinjisoinnin jälkeen kivut puudutusvaikutuksesta helpottuvat, joka on merkki injisoinnin menemisestä oikeaan paikkaan.
- Kalkkisessa toistuvassa rotator cuffin tendiniitissä, jos kalkki on vielä pehmoista voi radiologi UÄ-ohjauksessa aspiroida eli imeä kalkin pois neulalla, jonka tilalle tuolloinkin injisoitaisiin kortikosteroidi-puuduketta. Harvinaisissa tapauksissa kalkin ollessa kookas ja kova voi tulla kyseeseen kalkin kirurginen poisto tähytysleikkauksella.
- Jatkuvasti toistuvissa rotator cuffin tendiniiteissä / subacromiaalibursiitissa ja lopulta huonosti kortikosteroidi-injisointeihin tai harjoitusterapiaan reagoivissa tapauksissa kyse voi olla ns. **ahdas-olkasyndrooma eli impingement-syndrooma**. Tuolloin kyseeseen voi tulla operatiivinen jänteille tilaa antava hoito, jossa tehdään ns- acromioplastia eli jänteiden kattoa eli lavan acromionlisäkettä lyhennetään sekä yksi usein samalla ahtauttava nivelside. Tämä leikkaus tuottaa yleensä hyvän tuloksen, jos leikkaus on tehty oikealla indikaatiolla. On tärkeätä, että impingement-syndrooma on toistuvien kliinisten tutkimuksien tai kuvauksien varmistettu ennen ko. leikkauksen ryhtymistä. Erityisen tärkeää on, ettei impingement-olkana lähdettäisi leikkaamaan frozen shoulderia (joka pitkittää / pahentaa aina potilaan jäätyneen olan sairastamista), instabiilia olkaa (joka pahentaa instabiliteettia) tai esim. toiminnallista TOS-oireyhtymää (joka pahentaa usein ko. oireiyhtymää ja voi johtaa myös hankalampiin monietiologisiin kipusyndroomiin kuten RSD-syndroomaan)



Frozen shoulder eli jäätnyt olka tai capsulitis adhaesiva articulatio humeroscapularis

Jäätnyt olka-syndroomassa olkaluun-lapaluun nivelen (olan päänivel) koko nivelkapseli ja sitä ympäröivä kiertäjälkalvosin tulehtuvat eli kyseessä on tuolloin kaikkien olan jänteiden kiertäjälkalvosinta kutistava tulehdustila, jonka tarkat syyt ovat lääketieteessä edelleenkin tuntemattomia. On arveltu, että joskus yksittäisen jänteen tai limapussin tulehdus voisi "levitä" käsittämään koko kiertäjälkalvosimen. Frozen shoulder voi tulla myös esim. olkaleikkausten jälkeen kuten joskus ns. impingement-syndrooman leikkauksen yhteydessä (tuolloinkin osa oireilevista voinut olla jo primaaristi frozen shoulder eikä impingement-potilaita ennen leikkaustakin). Tilaan liittyy myös paikallisen osteoporoosin kehittyminen olkavarrenluun päähän, joka voi tulla osin immobilisaatiostakin ja lisäksi arveltu, että oireilun taustalla saattaisi olla jonkinlainen verenkierron tai autonomisen hermoston toimintahäiriö kuten RSD-syndroomassa. Mitään varmaa syytä oireilun kehittymiselle ei ole kuitenkaan pystytty tutkimuksissa toistaiseksi esittämään. Lohduttavinta potilaille on spontaanin parantumisen erittäin suuri todennäköisyys pitkällä aikataululla. Lähes kaikki potilaat parantuvat oireettomiksi n. vuoden - kahden vuoden sairastamisen jälkeen. Ensioireita ovat olan useinmiten varsin kivulias jäykistyminen, jossa olan ulkokierto ja sisäkierto jäykistyvät ensimmäisenä ja seuraavaksi sivunosto ja viimeisenä etunosto. Tauti jakaantuu kolmeen vaiheeseen. Ensimmäisessä usein kuukausia kestävässä vaiheessa olka on särkevän jäykistyvä, toisessa taas kuukausia kestävässä vaiheessa olka on enää jäykkä ja kipuja pääasiassa vain ääriasennoista ja kolmannessa vaiheessa olan liikkuvuus palautuu kuukausien aikana normaaliksi.

Rotator cuffin ruptuura (kiertäjälkalvosimen repeämä)

Nuoremmilla alle 40 vuotiailla ihmisillä rotator cuffin repeämä on harvinainen ja liittyy pääasiassa vammoihin, kuten kaatumiseen tai putoamiseen jne. Yli 40 vuotiailla voi pienempikin revähdysvamma aiheuttaa joskus kiertäjälkalvosimen repeämän. Rotator cuffin repeämä eli yleensä yhden jänteen repeämä kiertäjälkalvosimessa voi olla osittainen, jossa ainostaan osa jänteen pinnasta on repeytyntä eikä repeämä ulotu jänteen läpi. Täydellisestä repeämästä puhutaan taas silloin, kun repeämä ulottuu koko jänteen läpi. Täydellinen repeämä pyritään useinmiten ainakin työikäisiltä hoitamaan operatiivisesti, mutta osittainen repeämä paranee pääsääntöisesti joko itsestään tai kuntoutuksen keinoin. Pienten repeämien diagnostiikka voi olla usein vaikeata paitsi kliinisessä myös UÄ-tutkimuksessakin ja niiden oireet muistuttavatkin paljolti rotator cuffin tendiniittia. Myös osittaisen rotator cuff-ruptuuran hoidot ovat pääasiassa samat kuin tendiniiteissä. Jos kortikosteroidi-puudukeinjisointi subacromiaalaisesti annettuna ei auta kuin korkeintaan lyhyen aikaa voi oireilun taustalla epäillä olevan osittainen kiertäjälkalvosimen repeämä.

Fysiatría.net

